

Direct any correspondence to /

모든 답변 문서는 캘리포니아 주 노동청장 앞으로 보내시오.

LABOR COMMISSIONER, STATE OF CALIFORNIA



## RETALIATION COMPLAINT

대응 고소장

FOR OFFICE USE ONLY/ 이 난은 기입하지 마시오.

TAKEN BY	DATE	OFFICE
VIOLATION OF SECTION		NAME OF CODE
ASSIGNED INVESTIGATOR		CASE NUMBER

PLEASE PRINT ALL INFORMATION / 정자로 기입하십시오.

NAME / 이름		HOME TELEPHONE NO. 집 전화 번호	CURRENT WORK PHONE NO. 현 직장 전화 번호
YOUR ADDRESS - NUMBER AND STREET, APARTMENT OR SPACE NUMBER, CITY, ZIP CODE 귀하의 주소 - 번지, 거리 이름, 아파트 또는 건물 번호, 시, 우편번호			
SEX / 성별	SOCIAL SECURITY NO. / 사회보장 번호	CALIFORNIA DRIVER LICENSE NO. 캘리포니아 운전 면허 번호	DATE OF BIRTH 생년월일
NAME OF BUSINESS / 비즈니스 이름		EMPLOYER'S NAME 고용주 이름	<input type="checkbox"/> CORPORATION / 주식회사 <input type="checkbox"/> PARTNERSHIP / 합명회사 <input type="checkbox"/> SOLE OWNER / 독점 소유
ADDRESS OF BUSINESS - NUMBER AND STREET, CITY, ZIP CODE 사업체 주소 - 번지, 거리 이름, 시, 우편번호			TELEPHONE NUMBER 전화번호
ADDRESS WHERE YOU WORKED IF DIFFERENT THAN ABOVE / 위에 명시된 직장 외에 근무했던 다른 직장 주소			DATE OF HIRE? 근무 시작 날짜
YOUR DEPARTMENT AND JOB TITLE 귀하의 근무 부서와 직위		RATE OF PAY / 임금 수준 \$ _____ PER HR. / 시간당 \$	NUMBER OF HOURS WORKED? 근무시간 수 <input type="checkbox"/> PER DAY/일당 <input type="checkbox"/> PER WEEK / 주당
NAME OF SUPERVISOR / 감독자 이름	TYPE OF BUSINESS / 비즈니스 종류		ESTIMATED NUMBER OF EMPLOYEES 대략적인 종업원 수
WAS YOUR JOB UNION / 귀하의 직장은 노동조합에 소속되어 있었습니까?		IF YES, NAME AND ADDRESS OF UNION? 예 일 경우, 조합의 이름과 주소	TELEPHONE / 전화번호
WERE YOU DISCHARGED? 귀하는 해고 되었습니까? <input type="checkbox"/> YES / 예 <input type="checkbox"/> NO / 아니오	IF YES - DATE 예 일 경우 - 날짜	BY WHOM? NAME AND TITLE 누구에 의해서 해고 되었습니까? 이름과 직위	ARE YOU STILL WORKING FOR THIS EMPLOYER? 귀하는 아직도 이 고용주를 위해 일하고 있습니까? <input type="checkbox"/> YES / 예 <input type="checkbox"/> NO / 아니오
DID YOU NOTIFY YOUR EMPLOYER OF INTENTION TO FILE A CLAIM WITH THE LABOR COMMISSION? 귀하는 귀하의 고용주에게 귀하가 노동청에 청구를 할 의사가 있음을 통지했습니까? <input type="checkbox"/> YES / 예 <input type="checkbox"/> NO / 아니오		IF YES - DATE 예 일 경우 - 날짜	NAME AND TITLE OF PERSON NOTIFIED? 통지를 받은 사람의 이름과 직위
DID YOU FILE A SAFETY COMPLAINT? 귀하는 작업장의 안전에 대해 정식으로 항의했습니까? <input type="checkbox"/> YES / 예 <input type="checkbox"/> NO / 아니오	IF YES - DATE 예 일 경우 - 날짜	WITH WHOM - NAME AND ADDRESS? 누구에게 항의했습니까? - 이름 과 주소	
DID YOU NOTIFY OSHA? 귀하는 직업안전위생관리국에 통보했습니까? <input type="checkbox"/> YES / 예 <input type="checkbox"/> NO / 아니오	IF YES - DATE 예 일 경우 - 날짜	WHICH OFFICE? / 어느 사무실에 통보했습니까?	
NAME AND TITLE OF PERSON(S) YOU BELIEVE DISCRIMINATED AGAINST YOU? 귀하가 생각하기에 귀하를 차별대우했다고 생각되는 사람(들)의 이름과 직위를 쓰시오.			
WHAT REMEDY ARE YOU SEEKING THROUGH THIS DIVISION? 이 분쟁을 통해 어떤 조치가 내려지길 기대하고 있습니까?			
HAVE YOU FILED WITH ANY OTHER GROUP OR AGENCY? 다른 단체나 기관에 소송 제기 서류를 제출 한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> YES / 예 <input type="checkbox"/> NO / 아니오			IF YES, WHICH OFFICE? / 예 일 경우, 어느 사무실입니까?
ARE YOU BEING REPRESENTED BY AN ATTORNEY? / 귀하는 변호사의 도움을 받았습니까? <input type="checkbox"/> YES / 예 <input type="checkbox"/> NO / 아니오			
NAME / 이름		ADDRESS / 주소	TELEPHONE / 전화번호

LIST NAME, JOB TITLES AND TELEPHONE NUMBER (IF POSSIBLE) OR WITNESSES, CO-WORKERS OR THOSE YOU FEEL COULD PROVIDE EVIDENCE IN YOUR SUPPORT TO THE ACTS YOU ARE COMPLAINING ABOUT. USE ADDITIONAL SHEETS.

증인, 직장 동료 및 그 밖에 귀하의 주장을 지지하고 귀하의 편에 서서 유리한 증언을 해 줄 수 있는 사람들의 이름, 지위, 그리고 전화번호(가능하다면)를 적으시오. 필요 시 별지를 사용하십시오.

성명서 \_\_\_\_\_ 아래와 같이 표명합니다.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

실행 날짜	장소	캘리포니아
-------	----	-------

서명

DECLARATION / 성명서